

Kto profituje z liečby PCSK9 inhibítorom?

MUDr. Ľuboš Roháč

Kardiologická ambulancia Kardiocentra Nitra

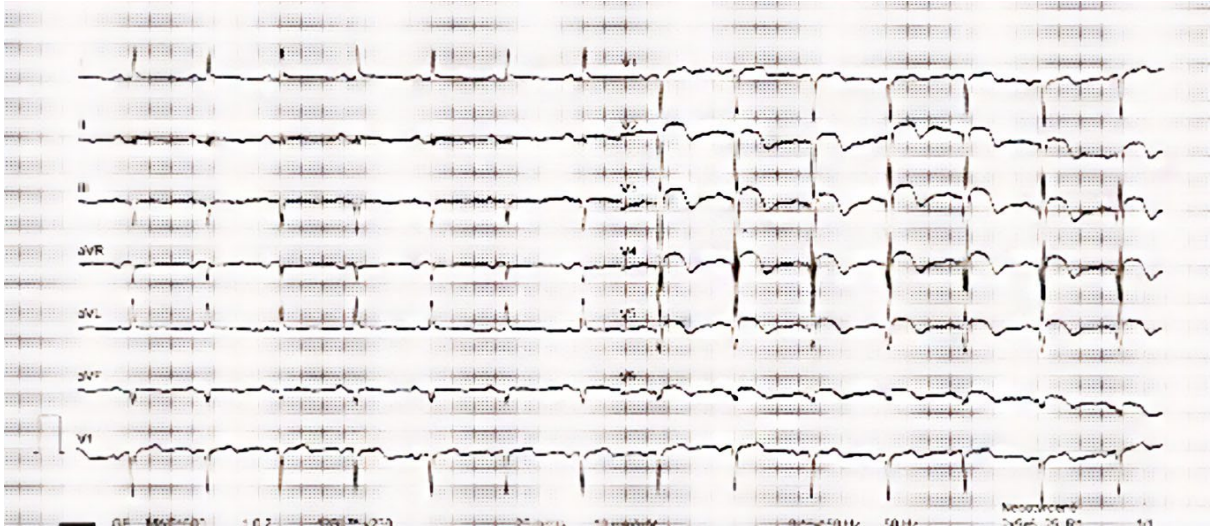
Úvod

Kardiovaskulárne ochorenia (KV) sú každoročne zodpovedné za vyše 7 miliónov úmrtí. Pacient si vyžaduje takú liečbu, aké má kardiovaskulárne riziko. Je všeobecne známe, že pri LDL-C platí pravidlo „Čím nižšie, tým lepšie“. Každé zníženie LDL-C o 1 mmol/l vedie štatisticky k 20 % poklesu KV mortality a morbidity. U pacientov s veľmi vysokým rizikom by mali byť cieľové hodnoty LDL-C pod 1,4 mmol/l. Pri recidíve kardiovaskulárnej príhody do 2 rokov by mali byť cieľové hodnoty LDL-C pod 1,0 mmol/l.

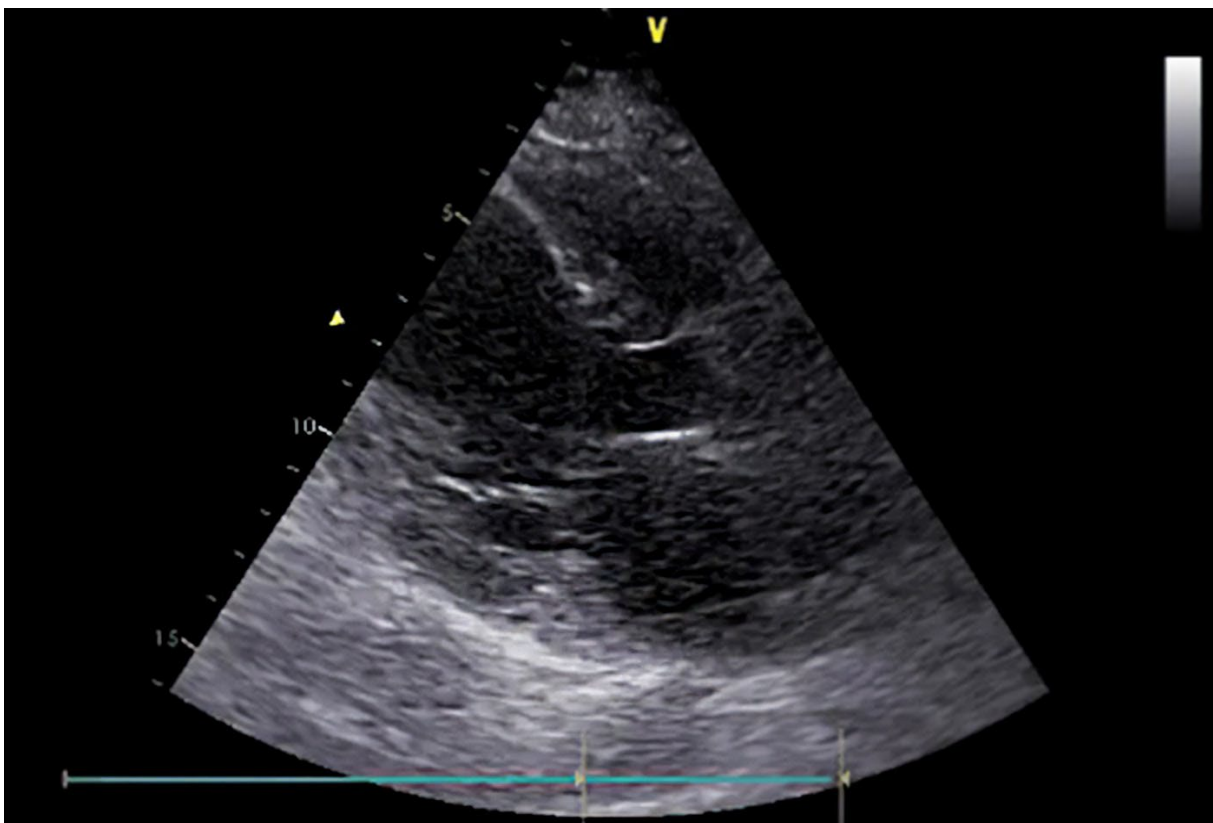
Kazuistika

Ide o 65-ročného pacienta s pozitívnou rodinnou anamnézou na KV ochorenia, otec zomrel na infarkt myokardu ako 62-ročný. Na vysoký tlak krvi sa začal liečiť ako 55-ročný, bral perindopril 5 mg tbl. raz denne ráno. Od svojich 25 rokov denne vyfajčil 10 – 15 cigariet. Pacient bol prijatý do Kardiocentra Nitra cestou RLP s 10-hodinovou anamnézou stenokardií a sťaženeho dýchania, stav uzatvorený ako AKS – STEMI v oblasti prednej steny. Posádkou RLP podaná kyselina acetylsalicylová 200 mg tbl + prasugrel 60 mg tbl. + 8.000 j. heparinu iv. Vzhľadom na celkový stav a EKG zmeny realizované urgentné koronarografické vyšetrenie s nálezom akútneho úzaveru RIA – ošetrenej s implantácia 1 x DES.

Obr. 1: EKG po AKS



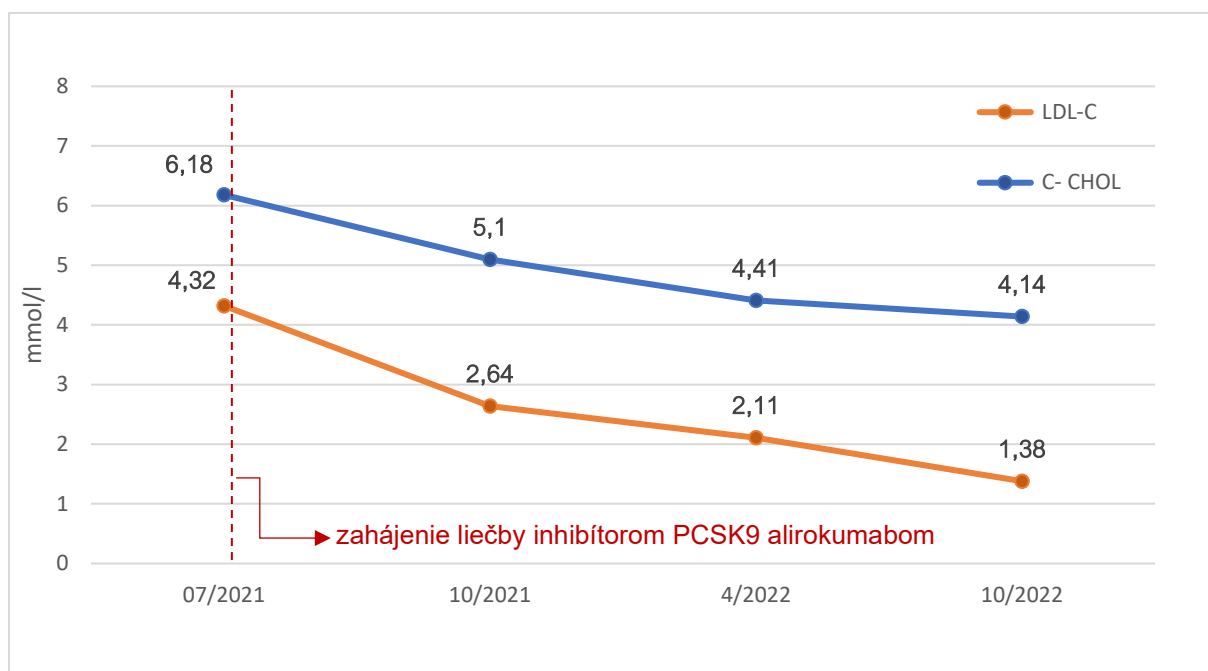
Obr. 2.: ECHO po AKS



Echokardiograficky verifikovaná dilatovaná dysfunkčná ľavá komora, s redukovanou systolickou funkciou, EF ĽK cca 40 %, s hypokinézou distálnej polovice prednej steny. Úvodné lipidové spektrum u pacienta v 1/2021 bolo takéto: **cholesterol: 8,18 mmol/l**,

HDL: 1,18 mmol/l, LD: 5,96 mmol/l, S_TGL: 2,2 mmol/l, pri výške 185 cm a váhe: 98 kg s BMI: 28,6 m²/kg. Začatá liečba po AKS, pacient užíval duálnu antiagregačnú liečbu (kyselina acetylsalicylová 100 mg raz denne + prasugrel 10 mg tbl. raz denne), betablokátor (bisoprolol 5 mg tbl. raz denne), ACE-I (perindopril 5 mg tbl. raz denne), statín (atorvastatín 80 mg tbl. raz denne). Pretože pacient po troch mesiacoch nedosahoval cieľové hodnoty LDL, do liečby pridaný ezetimib v dávke 10 mg tbl. raz denne. Po šiestich mesiacoch sme požiadali zdravotnú poisťovňu o schválenie úhrady liečby PCSK9 inhibítorom (alirokumab – 150 mg sol. inj. – dvakrát mesačne). Liečba bola dobre tolerovaná, pacient postupne dosahoval cieľové hodnoty LDL-cholesterolu. V 10/2022 poisťovňa schválila dávku alirokumabu 300 mg sol. inj. raz mesačne.

Tab. 1: Lipidogram pacienta na liečbe PCSK9 inhibítorom alirokumabom (hodnoty v mmol/l)



Záver

Pacienti po prekonanom infarkte myokardu majú vyššie riziko vzniku rekurentnej príhody. Vysoký LDL-C je vedúcim faktorom pri vývoji aterosklerózy. Zníženie hladiny LDL-C vedie k redukcii rizika vzniku KV príhody. Statíny sú zlatým štandardom liečby. I napriek hypolipidemickej liečbe mnohí pacienti nedosahujú cieľové hodnoty a pretrvávajú u nich reziduálne riziko. Títo pacienti sú vhodní na liečbu PCSK9 inhibítormi.

Literatúra u autora

Kazuistika je prípadom z reálnej klinickej praxe. Odpoveď na liečbu sa môže u konkrétneho pacienta odlišovať.